



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIA KAROLINE DUARTE DE AMORIM

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS**

CAJAZEIRAS – PB

2018

JULIA KAROLINE DUARTE DE AMORIM

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, campus Cajazeiras, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Kennia Sibelly
Marques de Abrantes

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Fabiana Ferraz
Queiroga Freitas

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

A524p Amorim, Julia Karoline Duarte de.
Percepção da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao indivíduo com transtornos mentais / Julia Karoline Duarte de Amorim. - Cajazeiras, 2018.
64f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Transtornos mentais. 2. Serviços de emergência psiquiátrica. 3. Equipe de enfermagem. 4. Saúde mental. 5. Serviços médicos de emergência. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

UFCG/CFP

CDU - 616.89

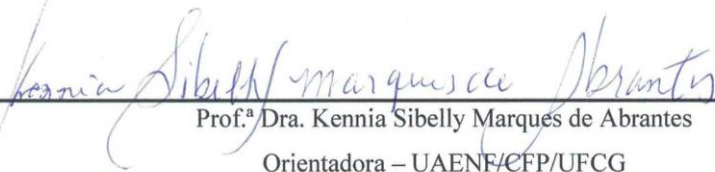
JULIA KAROLINE DUARTE DE AMORIM

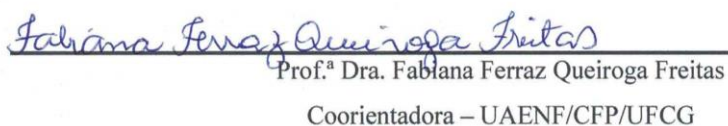
**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS**

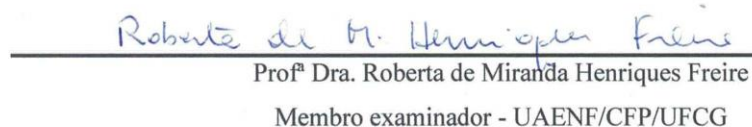
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, campus Cajazeiras, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 12/12/18

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Orientadora – UAENF/CFP/UFCG


Prof.^a Dra. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Coorientadora – UAENF/CFP/UFCG


Prof.^a Dra. Roberta de Miranda Henriques Freire
Membro examinador - UAENF/CFP/UFCG

Dedico esse trabalho ao meu filho Davi Miguel Bonifácio Duarte de Amorim, a prova viva do amor Deus por mim, minha força e minha fonte inesgotável de amor.

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de agradecer primeiramente a Deus, por me permitir acordar todos os dias com força para seguir em frente lutando pelos meus objetivos. Por me fazer perseverante mesmo diante das dificuldades que surgiram ao longo do caminho, batalhando sempre na busca da realização desse sonho.

A minha família, em especial a minha Mãe Rizioneide, por ser minha maior incentivadora, e cuidar tão bem do meu filho, me deixando totalmente segura para me deslocar para outra cidade todos dias e seguir na batalha desse curso. As minhas irmãs Brenda e Sabryna que também me dão todo o apoio, que se tornaram a extensão dos meus braços ao ajudar no cuidado com o meu filho. A vocês três toda a minha gratidão, sem vocês nada disso estaria sendo possível. Ao meu Pai Edivam, por não medir esforços para me proporcionar o melhor sempre.

Ao milagre da minha vida, meu filho Davi Miguel, por ser minha fonte inesgotável de amor e força. Que mesmo sem saber é meu maior incentivador, a razão pela qual eu acordo todos os dias e enfrento todas as barreiras para chegar onde eu estou hoje.

Ao meu esposo João Bonifácio, que me acompanha desde o início dessa jornada, por toda paciência e incentivo dedicados a mim nos momentos que eu mais precisei, por abdicar de tantas coisas em prol do melhor para mim.

A minha orientadora querida, professora Dr^a. Kennia Sibelly, a qual tenho uma enorme admiração, que aceitou essa empreitada junto comigo, por todo incentivo, apoio e ensinamentos a mim dedicado através desse trabalho, com seus conselhos indispensáveis. Gratidão pela generosidade de sempre e apreço em ser minha orientadora. Que Deus abençoe seu lar e sua família linda!

A minha co-orientadora, na pessoa da professora Dra. Fabiana Ferraz, por se prontificar a dispor sua contribuir na construção desse trabalho, por me acolher com total atenção e zelo no meio do caminho, contribuindo com suas orientações que foram indispensáveis para a construção desse trabalho. As contribuições tecidas trouxeram grande enriquecimento para o mesmo, o qual não exprime perfeição.

Ao membro da banca na pessoa da professora Dra. Roberta Freire, por dedicar seu tempo, atenção e conhecimento no enriquecimento desse trabalho, minha total admiração pelas pessoas maravilhosas que estão me ajudando na construção do mesmo.

Aos meus amigos, em especial as minhas “falsinhas” e “milhios” presentes que a universidade me deu, por estarem comigo no início da jornada e dividirem comigo conhecimento e experiências. Que apesar de não termos continuado no mesmo caminho continuaram sendo minhas maiores incentivadoras. A Rayara e a Paloma minhas incentivadoras fiéis que sempre me mostram o quanto eu sou capaz de conquistar meus objetivos.

A turma XX, que me acolheu na metade dessa trajetória, com muito carinho e apoio. Em especial a Luênia, Manuella e Ângela por estarem sempre me ajudando nos momentos que eu mais precisei, e serem minhas parceiras compartilhando as experiências dessa trajetória.

Aos profissionais do SAMU da cidade de SOUSA-PB por dispor do seu tempo e conhecimento que foram indispensáveis para a construção desse trabalho, por me mostrarem como é o real funcionamento da assistência ao paciente com transtorno mental, compartilhando suas experiências e frustrações.

A todos que ajudaram direta ou indiretamente para realização dessa pesquisa, mais um passo, tão importante e sublime para minha vida.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Caracterização dos sujeitos da pesquisa p. 29
- Quadro 2** Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto ao entendimento da equipe de enfermagem do SAMU sobre as emergências em saúde mental. Sousa, PB, 2018 p. 32
- Quadro 3** Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto ao desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018 p. 36
- Quadro 4** Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto as facilidades encontradas no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018 p. 41
- Quadro 5** Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto as dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018 p. 43

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde Família
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Urgências e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico

AMORIM, Julia Karoline Duarte. **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS**. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2018.

RESUMO

O atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência revela uma discussão de importante implicação social e acadêmica, em torno da saúde mental, com suas ideias de inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção do diálogo como elemento terapêutico, luta pela construção de cidadania e justiça para seus pacientes, e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), onde prevalece a objetividade, otimização do tempo, valorização de equipamentos sofisticados, visão mecanicista e biológica do ser e extrema formalização técnica de ações. Objetivou-se analisar a percepção da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais. Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, realizada no SAMU de Sousa, Paraíba. A amostragem foi composta por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuavam no referido serviço no período de outubro de 2018. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo emergindo três Núcleos de Sentido: 1 - Entendimento da equipe da enfermagem do SAMU com relação às emergências em saúde mental; 2 - Desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência; 3 - Facilidades x Dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência. Os resultados revelaram a dificuldade dos profissionais em desenvolver uma abordagem de qualidade aos pacientes com transtorno mental em situação de emergência, prevalecendo a falta de conhecimento e limitada capacitação, recorrendo frequentemente ao apoio de outros órgãos, tendo em vista o medo de assistir esses pacientes, mediante o perfil agressivo que alguns apresentam. Além disso, a falta de um setor de referência para o direcionamento dos pacientes revela o quanto os aspectos propostos pela Reforma Psiquiátrica ainda estão distantes de ser almejados. Conclui-se a existência de fatores dificultadores presentes na primeira abordagem do paciente com transtorno mental que precisam de investimentos de gestão no que tange capacitações e ações de educação continuada para os profissionais do SAMU.

Palavras-chaves: Equipe de enfermagem. Serviços de Emergência Psiquiátrica. Serviços Médicos de Emergência. Transtornos mentais.

AMORIM, Julia Karoline Duarte. **PERCEPTION OF THE NURSING TEAM IN PRE-HOSPITAL CARE TO THE INDIVIDUAL WITH MENTAL DISORDERS.** 65 f. Completion of course work. Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2018.

ABSTRACT

The care to the patient with mental disorder in emergency situation reveals a discussion of important social and academic implication, around the mental health, with their ideas of inclusion, respect for singularities, appreciation of the subjective aspect, promotion of dialogue as a therapeutic element, struggle to build citizenship and justice for their patients, and the Mobile Emergency Response Service (SAMU), where objectivity prevails, optimization of time, valuation of sophisticated equipment, mechanistic and biological view of being and extreme technical formalization of actions. The objective of this study was to analyze the perception of the Nursing team in the Pre-Hospital Care to the individual with Mental Disorders. Descriptive exploratory research with a qualitative approach, carried out at SAMU de Sousa, Paraíba. The sample was composed by Nurses and Nursing Technicians who worked in said service in the period of October 2018. The data were analyzed through Content Analysis emerging three nuclei of meaning: 1 - Understanding of the SAMU nursing team in relation to mental health emergencies; 2 - Development of the approach to the patient with mental disorders in emergency situations; 3 - Facilities x Difficulties encountered in the care of the patient with mental disorders in an emergency situation. The results revealed the difficulty of professionals in developing a quality approach to patients with mental disorders in emergency situations, lacking knowledge and limited capacity, often using the support of other organs, given the fear of attending these patients, through the aggressive profile that some present. In addition, the lack of a reference sector for patient guidance reveals how much the aspects proposed by the Psychiatric Reform are still far from being sought. We conclude the existence of difficult factors present in the first approach of the patient with mental disorder who need management investments regarding training and continuing education actions for the professionals of SAMU.

Keywords: Nursing team. Psychiatric Emergency Services. Emergency Medical Services. Mental disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	16
3.2 ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	19
3.3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO MEDIANTE O INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS	22
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	24
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	26
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	28
5.2 NÚCLEOS DE SENTIDO	31
5.2.1 Entendimento da equipe da enfermagem do SAMU com relação às emergências em saúde mental	32
5.2.2 Desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência	35
5.2.3 Facilidades x Dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	56
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	57
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS	59
ANEXOS	60
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	61
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	62
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63

1 INTRODUÇÃO

O isolamento do indivíduo com transtornos mentais foi por muitos anos a única forma de tratamento para este problema de saúde, gerando o estigma e preconceito em torno da ideia construída de periculosidade que se evidencia até os dias atuais. Somente após as conquistas advindas dos movimentos sociais e políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, verificou-se uma mudança no cenário da assistência ao paciente psiquiátrico.

Nessa perspectiva, foi promulgada a Lei Federal 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, pois impõe impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001)

Centrada na desospitalização e na criação de novos modelos de atenção, a partir desta Lei criou-se diferentes critérios para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, com redução dos leitos e do tempo de internação, além da criação de serviços substitutivos que fornecessem uma assistência subjetiva, considerando a reinserção do sujeito à família e comunidade (VELOSO et al., 2018).

Estava então se processando gradativamente no Brasil uma rede de atenção à saúde mental, com serviços que fornecessem uma alternativa que reprimisse o internamento dos pacientes psiquiátricos, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), instituições essas que prestam atendimento específico na área. No entanto, não é possível restringir a assistência apenas aos serviços especializados em saúde mental, tendo em vista que as políticas públicas visam universalidade, integralidade e equidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Também exercem sua responsabilidade com o paciente com transtorno mental as unidades básicas da Estratégia Saúde da Família, hospitais gerais, dentre outros serviços (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

Rede de atenção à saúde mental, que teve papel fundamental junto à mudança do cenário anteriormente existente, encoberto pelos muros dos manicômios, nos quais as crises psiquiátricas não eram percebidas pela comunidade, e que com a desinstitucionalização as mesmas ganharam as ruas, como um novo espaço para manifestação da loucura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), os transtornos mentais e comportamentais são condições caracterizadas por modificação do modo de pensar e das emoções ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do

funcionamento. A incidência de comportamentos anormais só pode ser considerada como transtorno quando as anormalidades forem sustentadas ou recorrentes e resultem em certa perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida.

A crise psiquiátrica é considerada um momento de intenso sofrimento, pois causa modificações não só psíquica, mas familiar e social do paciente. Provocada por uma ou mais circunstâncias, a crise rompe com a habilidade do indivíduo de manter sua homeostase, podendo ser passageira ou permanente, gerando ações confusas e incompreendidas pelo próprio sujeito e por aqueles que o cercam (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

De difícil resolubilidade com intervenções pontuais, a crise psiquiátrica passou a configurar-se como urgências e emergências psiquiátricas, o que fez surgir um serviço para atender essa problemática. Assim, uma das estratégias que busca sanar o problema acerca do atendimento de urgência ao paciente em crise psiquiátrica foi o aumento da cobertura eficiente de transporte móvel com acolhimento apropriado, atendimento e remoção hábil pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para isso, a portaria 2.048/02 instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, ao identificar a crise psiquiátrica como urgência, conferindo-a como responsabilidade do SAMU (ALMEIDA et al., 2014; BRASIL, 2002).

O SAMU no Brasil é um modelo de assistência que engloba a Rede de Urgências e Emergência (RUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No que tange a efetivação do atendimento as urgências psiquiátricas, o SAMU tem como finalidade conduzir o paciente a um ponto da rede de urgência e emergência que fará um atendimento mais especializado e posteriormente podem ser encaminhados para os serviços especializados em atenção à saúde mental (ALMEIDA et al., 2015).

Apesar de integrar a RAPS e de se responsabilizar pelo atendimento ao paciente com transtorno mental, a equipe que presta assistência no SAMU, muitas vezes não recebe qualificação ou treinamento a respeito da saúde mental, e por vezes não estão habituados a lidar com as particularidades e necessidades apresentadas por esses pacientes. O despreparo pode desencadear atitudes que vão de encontro aos discursos defendidos no contexto da Reforma Psiquiátrica, como a contenção, falta de diálogo, empatia e humanização, uma vez que o serviço habitual prestado pelo SAMU zela pela rapidez no atendimento, o que não permite, na maioria das vezes, a criação de um vínculo e a assistência adequada que o paciente com transtorno mental necessita (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012).

Porém, independente da área de atuação a assistência prestada por um profissional de enfermagem deve sempre ser centrada na integralidade e subjetividade de cada sujeito, e nos

princípios da humanização. Entretanto, influenciados pelo modelo biomédico, trata-se o paciente de forma mecanicista e fragmentada, focando o cuidado e o atendimento as necessidades físicas, esquecendo a saúde mental, espiritual e emocional. Prática esta, que muitas vezes se torna mais evidente devido ao despreparo dos profissionais para lidar com as situações de sofrimento psíquico, visto que o cotidiano do SAMU demanda habilidades técnicas realizadas com presteza e rapidez, contrapondo as necessidades que os pacientes em crise psiquiátrica apresentam.

A partir destas ponderações surgiu a questão de pesquisa: como a equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar percebe o indivíduo com transtorno mental?

Justifica-se a intensão de explorar o tema em questão, por possuir importante implicação social e acadêmica, uma vez que é uma área repleta de discussões em que de um lado tem-se a saúde mental com todas as suas ideias de inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo e promoção do diálogo como elemento terapêutico, além da luta pela construção de cidadania e justiça para seus pacientes, e do outro o SAMU, setor de urgência onde prevalece a objetividade, a otimização do tempo, a valorização de equipamentos sofisticados, a visão mecanicista e biológica do ser e a extrema formalização técnica de suas ações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos profissionais da equipe de Enfermagem que atuam no SAMU em estudo;
- Refletir a abordagem realizada à pacientes com transtornos mentais em situação de emergência em saúde mental socorridos por um SAMU;
- Discutir as facilidades e dificuldades vivenciadas no desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência em saúde mental.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para se trabalhar no contexto da saúde mental, faz-se necessário compreender como se deu o surgimento da psiquiatria no mundo. Assim, até chegar ao conceito de saúde mental que se compartilha atualmente, o “louco” viveu vários momentos, e sua história deve ser compreendida como evento político, econômico, social e cultural inerente a cada sociedade.

Perpassando por uma linha do tempo, durante o Renascimento a loucura era percebida como emissora da verdade. No entanto, na Idade Clássica marcou-se esse rompimento, ingressando a loucura no universo da desrazão, atrelando a imagem do louco a criminosos, vagabundos e libertinos, o que contribuiu para a construção do seu estigma de insegurança social. Então com sua incapacidade para o desenvolvimento de atividades e para o trabalho, o “louco” não tinha sucesso com o tratamento a domicílio, culminando, no início do século XIX, na construção de asilos, com a mudança da loucura para doença mental (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

O asilo era então, para alguns estudiosos da época, o espaço perfeito para o desenvolvimento do tratamento moral, da sobreposição, da penalidade corretiva. Uma instituição fechada que justificava o isolamento como uma forma de observação do indivíduo em seu estado puro, sem intromissão da vida social, uma vez que a mesma atrapalhava não só a observação como era responsável pelo estado de loucura. Após tratamento, o “louco” poderia exercer sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito (AMARANTE, 2009).

O afastamento do indivíduo da sua vida social, família, amigos e comunidade, um isolamento com relação de poder, foi predominante por muito tempo e culminou em uma superlotação dos asilos, desencadeando a ideia de alguns críticos, que promovia um novo olhar não organicista à problemática da loucura. No entanto, somente após a Segunda Guerra Mundial, é que se voltou o olhar para tais críticas, havendo consonância de profissionais e da comunidade, visando a transformação ou abolição dos hospitais psiquiátricos (MACIEL, 2012).

Mediante os questionamentos quanto à efetividade dos manicômios, surgiram diferentes pensamentos e diversos movimentos psiquiátricos, que refletiram posteriormente no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Após um longo período de vinte anos de

ditadura militar, a reforma surge em um momento político ímpar de redemocratização em que se renovava o desejo de progresso dos movimentos sociais. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil atrelada a diversos movimentos tem como propósito, a desconstrução do pensamento de periculosidade social do sujeito “louco” e a consolidação de novos serviços que buscam proporcionar um tratamento diferenciado visando à integralidade, rompendo com o modelo manicomial (MELO, 2012).

Iniciada então no Brasil no final dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou força mediante os movimentos sociais dos trabalhadores de saúde, de forma especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que trouxe a público as precárias condições de trabalho da equipe no campo da saúde mental, elucidando a proposta e a luta por um modelo de atenção ao paciente psiquiátrico mais comunitário e integral (BARROSO; SILVA, 2011).

Já os anos 80 foram marcados por grandes acontecimentos que determinaram o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre os mais relevantes é possível citar a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (São Paulo), ambos em 1987, onde na ocasião se firmou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, com o objetivo de desenvolver atividades culturais, ao atrair novos atores sociais. Surge então um novo pensamento para o tratamento da loucura, atrelado a desinstitucionalização, ou seja, a reversão do isolamento e exclusão do louco (PITTA, 2011).

Como resposta ao impacto provocado pelas propostas dos eventos citados acima, criou-se em São Paulo no ano de 1987 o primeiro serviço substitutivo ao manicômio, o CAPS onde ao perceber que a casa de saúde Anchieta era um cenário de maus tratos e morte de pacientes, o processo de implantação de uma rede de serviços substitutiva aos manicômios foi facilitado. Nessa perspectiva, surge o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas por dia, além de cooperativas e residências para receber os egressos dos manicômios. Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional um projeto de lei que visava à abolição dos manicômios no país com implementação dos serviços substitutivos e a regulação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Apesar de conseguir sua aprovação apenas doze anos após dar entrada ao congresso, o Projeto de Lei proposto por Paulo Delgado causou grande impacto dando início a grandes mudanças no cenário jurídico-político. Em 1991 e 1992 foram criadas e aprovadas às

portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde (MS) que permitiam o financiamento do SUS aos serviços substitutivos extramuros como lares abrigados, programas de orientação e NAPS. Já a portaria 224/92 normatizou o funcionamento dos CAPS discriminando suas atribuições e apontando as diferenças de seus tipos em ordem crescente de porte, cobertura populacional e complexidade. Através da portaria 106/2000 criou-se outro importante serviço substitutivo, as Residências Terapêuticas, que iriam acolher os pacientes psiquiátricos desospitalizados que por algum motivo não conseguiram retornar para suas famílias. Além dos serviços, algumas mudanças foram conquistadas, como o apoio através de uma equipe multiprofissional, acomodações apropriadas, espaços para lazer, e o tempo máximo de internação de 60 dias (BARROSO; SILVA, 2011; BRASIL, 1991; BRASIL, 1992; BRASIL, 2000).

O Projeto de Lei de Paulo Delgado foi então transformado na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que continua em vigor até os dias atuais, e dispõe sobre o desaparecimento dos manicômios e sua substituição por novos serviços de atendimento, como Hospitais-Dia, CAPS e Lares Protegidos. A aprovação desta Lei foi culminante para o processo da Reforma Psiquiátrica que vinha em tramite no país, pois desencadeou momentos de discussão sobre as maneiras mais indicadas de atenção em saúde mental, impulsionando estímulos e financiamentos através da real necessidade de mudança onde a família e comunidade passaram a fazer parte da rede social que se compõe em torno desses serviços, com destaque para desinstitucionalização do doente mental (MACIEL, 2012).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi à protagonista na desestruturação das práticas manicomiais e na inserção de um novo modelo de atenção ao paciente psiquiátrico, ao momento de apoio a sua inclusão na sociedade, a desconstrução do adjetivo de periculosidade social e por tornar possível a visão do sujeito de forma singular, subjetiva e integral. Contudo, apesar da implantação dos serviços substitutivos sustentados na reforma, desde o Sertão do Nordeste até a região Sul, ainda é prevalente, no Brasil, o modelo manicomial. O que implica afirmar que mesmo com as conquistas até aqui arraigadas é preciso uma contínua desconstrução e reconstrução de saberes acerca da desinstitucionalização e das demandas dos novos serviços de atenção a saúde mental, para se alcançar uma sociedade sem manicômios (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

3.2 ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

De emissor da verdade a sujeito sem razão e perigoso, a loucura perpassou por diversos momentos ao longo dos anos. Os manicômios surgiram advindos da necessidade de retirada dos sujeitos considerados perigosos para a sociedade, então ali não se encontrava apenas os considerados “loucos”, mas todos aqueles que agiam fora do padrão imposto pela sociedade daquela época. Aos poucos isso culminou na superlotação desses manicômios, gerando críticas quanto à forma de tratamento das pessoas ali contidas.

O aprisionamento do paciente psiquiátrico foi um marco de grande relevância, pois cultivou no pensamento das pessoas uma ideia de difícil desconstrução, em que a diferença apresentada pelos mesmos é para muitos incompreensível e decorrente de rejeição.

Apesar das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que estabeleceu a desospitalização, a criação de novos modelos de atendimento e uma assistência diferenciada, a loucura ainda é vista com um olhar preconceituoso e de discriminação. No entanto, vivencia-se atualmente a construção de um novo cenário em saúde mental decorrente das conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em que o hospital deixou de ser a essência do cuidado, prevalecendo então os serviços extra-hospitalares.

Com o aumento dos investimentos financeiros do SUS destinados a prática dos serviços extra-hospitalares no território, conquista-se uma diminuição considerável no número de leitos psiquiátricos e uma alteração no perfil dos hospitais com redução daqueles de grande porte (acima de 400 leitos). Em 1991 as internações psiquiátricas eram responsáveis por consumir grande parte da verba destinada às internações, pois os leitos para pessoas com transtornos mentais preenchiam 20% da capacidade hospitalar do país, perdendo apenas para as internações em clínica médica. Esta mudança resultou na desativação de mais de 50% dos leitos, redução significativa do tempo médio de internação de 100 para 40 dias e da taxa de mortalidade (LIBERATO, 2009).

Com a aprovação da Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e da Política Nacional da Saúde Mental procurou-se a consolidação de um modelo de atenção aberto e de apoio comunitário com o intuito de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS que integra o sistema do SUS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede é composta por serviços e dispositivos variados, tais como os CAPS, os Serviços de Residenciais

Terapêuticas; os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento, leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), entre outros (BRASIL, 2001)

Como um dos serviços substitutivos mais eficientes para a superação do modelo manicomial destacam-se os CAPS. Atualmente regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, este serviço possui caráter comunitário e encontra-se inserido na cultura do território com suas problemáticas e dificuldades (BRASIL, 2002). Com atendimento especializado em casos de transtornos mentais também é o serviço responsável por sistematizar as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica, ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Os CAPS são constituídos por uma equipe multiprofissional, integrada por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, entre outros, no qual desenvolvem atividades terapêuticas como psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. Cada usuário é tratado de acordo com seu projeto terapêutico singular, podendo permanecer o dia inteiro no serviço, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias da semana estarão em regime intensivo, alguns dias em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em regime não-intensivo (BRASIL, 2004).

Existem algumas modalidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana), CAPS i - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPS ad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico (BRASIL, 2004).

Outra importante modalidade da RAPS é o Serviço das Residências Terapêuticas que surge a partir da Portaria 106/2000 do MS representando alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que passaram anos internadas em hospitais psiquiátricos e não conseguiram suporte adequado na família e comunidade (BRASIL, 2000).

Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não encontram na família e comunidade suporte suficiente para garantir um espaço adequado de moradia. A casa deve conter equipamentos que permitam a realização das atividades domésticas, conter até três dormitórios e oferecer o mínimo de três refeições diárias. O custeio desta estrutura, bem como o pagamento dos profissionais que darão

assistência aos pacientes, é proveniente da realocação dos recursos, ao realizar o credenciamento dos leitos hospitalares para a desospitalização dos pacientes para as residências terapêuticas (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

Juntamente com o Serviço das Residências Terapêuticas surge também o Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei no 10.708/2003 do MS (BRASIL, 2003). Este programa consiste no pagamento do auxílio de reabilitação psicossocial, cujo objetivo é auxiliar no processo de inserção social dessas pessoas, ajudando o sujeito a recuperar as habilidades perdidas devido o processo da doença. De acordo com o manual do programa, podem receber o benefício às pessoas com transtornos mentais egressas de hospitais psiquiátricos, que estiveram internadas ininterruptamente, e aqueles participantes do Serviço das Residências Terapêuticas (LIMA; BRASIL, 2014).

Como citado anteriormente além dos serviços especializados na atenção a saúde mental, através da proposta de reinserção do sujeito a comunidade, os demais serviços de saúde integrantes do SUS, também se tornaram responsáveis na assistência ao paciente com transtornos mentais. A atenção básica através da Estratégia Saúde Família (ESF) é a porta de entrada de toda a comunidade que ela abrange, neste sentido deve atuar como principal articuladora entre os serviços de saúde mental. A aproximação da ESF de cada usuário torna possível tratar o sujeito na sua subjetividade, abranger os diversos problemas de saúde enfrentados por essas pessoas, além de favorecer intervenções de forma contínua e contextualizadas (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

A integração da ESF na RAPS trouxe bastante insegurança para os profissionais, tendo em vista muitas vezes o despreparo para atuar no campo da saúde mental. Então, visando apoiar o trabalho das equipes de saúde da família, em janeiro de 2008, o MS promulgou a Portaria 154/GM, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

Composta por uma equipe multiprofissional, os NASF seguem as diretrizes determinadas para a Atenção Primária à Saúde, quais sejam ação interdisciplinar e intersetorial, educação em saúde, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde. A portaria recomenda que "tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais", cada NASF deve contar com pelo menos um profissional da área de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional) (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Outra conquista advinda da mudança no cenário da assistência ao paciente psiquiátrico foi à criação de Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais. Com a desconstrução do estigma de periculosidade, o atendimento ao doente mental no hospital geral passaria a ideia

de um paciente semelhante aos demais, além de serem de fácil acesso por estarem inseridos no território e apresentar uma diversidade de especialidades. No entanto, algumas desvantagens também surgiram como espaço físico inadequado, tratamento centrado na sintomatologia apresentada no momento e tempo breve de internação podendo desencadear uma série de reinternações. Desse modo, o processo de instalação de Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais não está sendo fácil e tem de superar diversas resistências até os dias atuais (BOTEGA et al., 2017).

No momento que se realiza a desinstitucionalização, a crise psiquiátrica, antes encoberta pelos muros dos manicômios, ganham as ruas e o espaço social, o que gera a necessidade de criação de um serviço que atenda essa nova realidade. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção às Urgências ao reconhecer a crise psiquiátrica como urgência ratificou a responsabilidade do SAMU quanto à assistência em crises psíquicas, integrando o SAMU a RAPS (ALMEIDA et al., 2014).

3.3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO MEDIANTE O INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) surgiu no Brasil em 1893, na cidade do Rio de Janeiro, através de uma intervenção do Estado junto ao Setor de Saúde e Segurança Pública, como uma maneira de proporcionar atendimento precoce e rápido, mediante o transporte adequado a um serviço emergencial definitivo, diminuindo riscos, complicações e sequelas, aumentando a sobrevivência das vítimas. Este atendimento engloba ações iniciais efetuadas de forma rápida pela equipe de profissionais no espaço onde acontece o agravo à saúde, seja ele clínico, traumático ou psíquico e se estende até a remoção das vítimas, com segurança e com suporte necessário, até um centro de atendimento hospitalar de referência (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Toda assistência executada de forma direta ou indireta fora do espaço hospitalar, empregando meios e métodos disponíveis são considerados APH. No Brasil, o APH pode ocorrer através de serviços móveis e fixos, variando de um usual conselho ou orientação médica até o deslocamento dos profissionais através de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, ambas visando proporcionar uma assistência adequada. O APH móvel tem como compromisso prestar o socorro imediato as vítimas deslocando-as para o APH fixo ou para o serviço de atendimento hospitalar (ADÃO; SANTOS, 2012).

Considerando a assistência pré-hospitalar como esfera do SUS, o MS, através da Portaria nº. 1864/GM de 29/09/2003 estabeleceu o SAMU. Este serviço surge para estruturar a assistência, em resposta às demandas de urgência, independente do cenário, seja ele no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, ou onde o paciente precisar (BRASIL, 2003). Para atingir os seus objetivos, torna-se necessário uma equipe multiprofissional trabalhando de forma integrada e preparada refletindo positivamente sobre o paciente, uma vez que sua recuperação está diretamente relacionada com a rapidez e eficiência dos serviços prestados na urgência. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os condutores que devem ter capacitação em urgência, disposição pessoal para a atividade, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, equilíbrio emocional e autocontrole (CAMPOS, 2009).

Sabe-se então que com o movimento da Reforma Psiquiátrica e novas formas de assistência ao paciente com transtornos psiquiátricos o SAMU passou a integrar a RAPS. O atendimento realizado através do SAMU, durante a assistência a ocorrências de natureza psiquiátrica, exige dos profissionais que compõem a equipe a habilidade de atuar nas situações de crise, com postura ativa, dialogada e de apoio não só ao paciente como também a família que se encontra desestruturada mediante a situação.

As situações mais comuns que necessitam de atendimento são a agitação e a agressividade, eventos esses que demandam dos profissionais maior tempo e habilidade para a realização de uma abordagem adequada. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de um vínculo, priorizando a comunicação verbal em detrimento da contenção física e do tratamento farmacológico (VELOSO et al., 2018).

A assistência dos profissionais de enfermagem, assim como dos demais profissionais de saúde ao paciente psiquiátrico deve acontecer no sentido da humanização, visando à 'quebra' do estigma de periculosidade do doente mental e as medidas manicomiais, tratando o paciente de forma subjetiva e integral, especialmente nos casos de agitação e agressividade, onde se tornou comum o uso de contenções físicas e de medicação com uma forma de suprimir o paciente. No entanto, a realidade vivenciada atualmente ainda não leva em consideração tais pontos, negando o diálogo e a criação de vínculo com o paciente, impossibilitando o acolhimento e a assistência adequada (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

4 METODOLOGIA

Essa seção apresenta a organização da trajetória de como se deu esse estudo. São apresentados a descrição do instrumento de coleta de dados, os procedimentos que foram utilizados durante a coleta e a forma como os dados foram analisados, além da caracterização do tipo e local do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que possibilitou a exploração e entendimento acerca da percepção que a equipe de Enfermagem (Enfermeiros e técnicos de enfermagem) do Atendimento Pré-Hospitalar apresenta sobre ao atendimento ao indivíduo com Transtornos Mentais.

Minayo (2014) destaca que, na realização da pesquisa, deve-se utilizar a metodologia que se ajuste a teoria a qual esteja embasada. Dessa maneira, com a finalidade de explorar o objeto de estudo acima mencionado, elegeu-se a metodologia qualitativa, por atender de forma satisfatória o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Neste estudo foram abordados processos considerados mais difíceis de serem submetidos à quantificação.

A pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada. Enquanto a pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação do estudo. Nesse sentido, pode levantar um novo problema que será esclarecido através de outra pesquisa (OLIVEIRA, 2007).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no SAMU do Município de Sousa, situado no alto sertão paraibano, o qual apresenta área territorial de 842.000 km², população estimada em 65.807 mil habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 (IBGE, 2010).

O município de Sousa é Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e apresenta uma ampla rede de serviços composta por 28 unidades de ESF (19 na zona urbana e nove na zona rural), três CAPS (CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas e CAPS III para Doentes Mentais), duas Residências Terapêuticas (masculina e feminina), uma Policlínica (exames e consultas em diversas especialidades), uma Otológica (serviços na área de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia), um Centro de Reabilitação em Fisioterapia, um Hospital Materno Infantil e um SAMU.

O SAMU é um serviço avançado que se fundamenta na Política Nacional de Atenção às Urgências, o qual foi implantado em Sousa no dia 31 de outubro de 2005, com o objetivo de atender inicialmente à cidade de Sousa, onde se localiza a central de regulação. Contudo, atualmente atende 25 municípios circunvizinhos.

A base localizada em Sousa conta com cinco ambulâncias, sendo duas Unidades de Suporte Avançado (USA) e três Unidades de Suporte Básico (USB) que funcionam 24 horas por dia, através do número gratuito 192. O serviço oferecido pelo SAMU de Sousa é considerado referência na área de urgência/emergência na cidade e outros municípios circunvizinhos e atende ocorrências de origem traumática, clínica e psiquiátrica com demanda considerável.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes dessa pesquisa foram trabalhadores da saúde (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) que atuam no SAMU do município de Sousa, Paraíba, Brasil.

Não foi estipulado o quantitativo numérico de profissionais que participariam do estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa utiliza uma amostragem expressiva em diversidade e profundidade até atingir a saturação dos dados. Porém, levando-se em consideração que existe um quantitativo de 11 enfermeiros e 19 Técnicos de Enfermagem atuando no SAMU, estes podem ser considerados como possíveis participantes da pesquisa.

Destes, um total de 18 profissionais participaram da pesquisa, sendo 11 enfermeiros e 07 técnicos de enfermagem. Tendo em vista que foram os profissionais que aceitaram participar do estudo no período da coleta. Onde três profissionais se recusaram a participar, e os demais não se encontraram no SAMU durante o período de coleta.

Foram utilizados como critérios de inclusão para os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem: atuar no SAMU por pelo menos um ano, estar em exercício pleno das funções

assistenciais no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa atestando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A). Adotou-se como critérios de exclusão profissionais que estivessem atuando nos setores administrativos e em período de férias, licença ou afastamento do serviço no momento da coleta de dados.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa de campo. Primeiramente foi solicitado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, um ofício, o qual foi direcionado ao SAMU do município de Sousa, Paraíba, apresentando os objetivos da pesquisa e solicitando autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), teve início a pesquisa.

Para coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista (apêndice B) contemplou questões relativas à percepção da equipe de enfermagem no atendimento aos pacientes com transtornos mentais. Para o registro dos relatos da equipe de enfermagem, foram realizadas entrevistas gravadas, mediante autorização dos participantes, agendadas em data e horário oportunos e em ambiente privativo, após contato prévio, durante o mês de outubro do corrente ano.

Segundo King (1995), a entrevista individual semiestruturada é considerada um instrumento apropriado, quando se busca a descrição de um tema, quando não se pode definir o que e como os sujeitos fornecerão as informações em relação ao tema do estudo.

Após a transcrição das falas, os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). A partir da emergência das categorias, foram realizadas discursões fundamentadas na literatura para balizar as reflexões contidas nos relatos que serão codificados.

A pré-análise corresponde à fase de organização propriamente dita através da sistematização de ideias (BARDIN, 2011). Neste momento foram transcritas todas as entrevistas gravadas, organizando as respostas de acordo com cada pergunta apresentada.

A exploração do material corresponde à transformação dos dados em conteúdos temáticos por meio da codificação das entrevistas, determinando as temáticas a serem

discutidas (BARDIN, 2011). Este foi o período mais duradouro da análise, no qual foi realizado o inventário de todas as falas, isolando, codificando e recortando as unidades de registro, entendidas como segmento ou trecho do discurso bem característico.

Após, ocorreu o processo de categorização, em que as categorias emergidas dos depoimentos escritos, também denominadas núcleos de sentido, foram constituídas por uma palavra-chave que indicava o significado central do conceito que se desejou apreender (BARDIN, 2011). Emergiram então três Núcleos de Sentido: 1 - Entendimento da equipe da enfermagem do SAMU com relação às emergências em saúde mental; 2 - Desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência; 3 - Facilidades x Dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência.

No tratamento dos resultados, utilizaram-se inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduziram a investigação (BARDIN, 2011).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao TCLE (apêndice A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes tomaram ciência do caráter da pesquisa e todos os elementos nela envolvidos de forma clara e objetiva, propiciando sua total compreensão, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, tendo sua dignidade preservada. Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande e aprovado sob o parecer número: 2.963.035.

Este estudo apresentou riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados foram tomados para que não ocorresse o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas foram confidenciais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção apresenta os resultados e discussão a partir dos dados identificados durante a pesquisa, que permitiram analisar a percepção da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais. Na explanação dos dados, será apresentada a princípio a caracterização dos sujeitos da pesquisa e em seguida os Núcleos de Sentido que se emergiram com a análise dos dados.

Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes, conforme a ordem de realização das entrevistas, cada profissional foi identificado, aleatoriamente pela letra “E” seguidos pela numeração de 1 a 18.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Função, Tempo de atuação na enfermagem, Tempo de trabalho no SAMU, Realização de algum curso na área de emergência em saúde mental, expressas no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Variáveis	Categorias	Número de profissionais (n = 18)
Idade	<i>De 27 à 31</i>	9
	<i>De 32 à 36</i>	1
	<i>De 37 à 41</i>	6
	<i>De 42 à 46</i>	2
Sex	<i>Feminino</i>	14
	<i>Masculino</i>	4
Função	<i>Enfermeiro</i>	11
	<i>Técnico de enfermagem</i>	7
Tempo de Atuação na Enfermagem	<i>De 03 à 07 anos</i>	7
	<i>De 08 à 12 anos</i>	8
	<i>De 13 à 17 anos</i>	0
	<i>De 18 à 22 anos</i>	3
Tempo de Trabalho no Samu	<i>De 01 à 05</i>	14
	<i>De 06 à 10</i>	3
	<i>De 11 à 15</i>	1
Realização de Alguem Curso na Área de Emergência	<i>Sim</i>	11
	<i>Não</i>	7

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, 2018.

Conforme se visualiza no quadro 1, em relação a idade dos profissionais participantes da pesquisa, as mesmas variam de 27 à 46 anos, sendo que nove (n=9) encontram-se na faixa etária de 27 à 31 anos, um (n=1) na faixa etária de 32 à 36 anos, seis (n=6) profissionais na faixa etária de 33 à 37 anos e dois (n=2) na faixa etária de 38 a 42 anos. Então com os dados

acima é possível perceber a predominância de profissionais jovens que atuam no serviço em estudo, na faixa etária de 27 a 31 anos.

O perfil jovial é algo predominante nos profissionais que atuam nos serviços de emergência, onde o maior percentual encontra-se na faixa etária de 27 a 31 anos. O fato de estarem na fase mais produtiva da vida, faz com que se configure um ponto positivo para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, tendo em vista a necessidade de um atendimento rápido e ágil (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

A predominância dessa faixa etária remete ainda ao trabalho no SAMU implicar na necessidade de pessoas jovens, com força, resistência e preparação física, mais ágeis para trabalhar em constantes situações que exigem capacidade muscular e aeróbica, frente a necessidade em elevar e transportar as vítimas, tendo que desenvolver a abordagem com qualidade e rapidez, além de agilidade para chegar a locais de difícil acesso.

Ao se tratar da variável sexo, verifica-se que a população feminina tem maior representatividade com 14 (n=14) profissionais, tendo em vista que a enfermagem historicamente é uma profissão predominantemente feminina.

A associação do cuidado a figura da mulher desencadeada por Florence, tornou a enfermagem historicamente uma profissão exercida pelas mulheres. Apesar de nos últimos anos o sexo masculino também ter desencadeado interesse pela enfermagem, o sexo feminino ainda é predominante.

Entre os participantes da pesquisa, ao relacionar-se a função, verificou-se que 11 (n=11) são enfermeiros e sete (n=7) técnicos de enfermagem. Apesar do serviço apresentar uma maior porcentagem de técnicos de enfermagem atuantes, os mesmos apresentaram uma menor disponibilidade para participar da entrevista.

As unidades móveis do SAMU podem ser de suporte básico ou suporte avançado. Além dos equipamentos existentes em cada unidade se diferenciarem pelo nível de complexidade, o quadro de profissionais que atua cada unidade também se diferencia. Nas unidades de suporte básico, atuam o enfermeiro e o condutor socorrista, enquanto que nas unidades de suporte avançado, as vítimas são conduzidas com auxílio do enfermeiro, médico e condutor socorrista.

No tocante ao tempo de atuação na enfermagem, observou-se um período mínimo de três anos e máximo de 22 anos. Nesse período, sete (n=7) profissionais atuaram entre 03 à 07 anos, oito (n=8) profissionais entre 08 à 12 anos e três (n=3) atuaram de 18 à 22 anos. Podendo ser considerados profissionais mais estáveis, tendo em vista a experiência profissional adquirida no desempenho de suas funções.

Ao referir-se ao tempo de trabalho no SAMU, temos o período mínimo de um ano e máximo de 15 anos. Onde quatorze (n=14) profissionais tem de 01 à 05 anos de atuação, três (n=3) com 06 à 10 anos de atuação e apenas um (n=1) profissional tem de 11 à 15 anos de atuação.

A experiência profissional é de suma importância no SAMU, o que reflete positivamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, onde se observa uma maior capacidade de tomar decisões rápidas e com agilidade diante das mais diversas situações encontradas no atendimento as vítimas (SANTANA et al., 2015).

Ao serem questionados sobre a realização de algum curso na área de emergência em saúde mental, 11 (n=11) profissionais já realizaram alguma formação nessa área, e sete (n=7) profissionais nunca realizaram nenhuma capacitação.

Dentre os cursos de capacitação realizados no âmbito do SAMU, o APH é o mais realizado pelos profissionais, no entanto os cursos de APH no geral não abordam a saúde mental e o atendimento a pacientes com transtorno mental, uma vez que o atendimento dessa parcela da população se dá sem considerar suas especificidades.

O APH demanda profissionais qualificados que desenvolvam habilidades para atender as necessidades específicas diante das emergências vivenciadas, visando sempre à prevenção, promoção e recuperação da saúde. Algumas competências são indispensáveis no desenvolver da abordagem, e a capacitação é elemento primordial para qualificação profissional, a qual evidencia-se no exercício da prática com qualidade e excelência (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

5.2 NÚCLEOS DE SENTIDO

A partir da análise do material obtido através da transcrição das falas dos entrevistados emergiram-se três Núcleos de Sentido: 1 - Entendimento da equipe da enfermagem do SAMU com relação às emergências em saúde mental; 2 - Desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência; 3 - Facilidades x Dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência.

Tais Núcleos de Sentido possibilitaram maior reflexão sobre o objeto de estudo expresso pela Unidade Temática Central, qual seja: Percepção da equipe de enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência em saúde mental.

5.2.1 Entendimento da equipe da enfermagem do SAMU com relação às emergências em saúde mental

Neste primeiro Núcleo de Sentido são apresentadas as formas como a equipe de enfermagem atuante no SAMU do município de Sousa entendem as emergências em saúde mental. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades: Surto, Risco de vida; Abstinência de medicação e Agitação, como expressos no quadro 2.

Quadro 2 – Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto ao entendimento da equipe de enfermagem do SAMU sobre as emergências em saúde mental – Sousa, PB, 2018

Quantidade de sujeitos	Unidade de registro	Unidades de significação
9	Surto	<i>É o atendimento ao paciente que está em surto, já que é uma emergência realmente quando o paciente está em surto.</i>
5	Risco de vida	<i>Eu posso dizer que é uma situação onde o paciente apresenta algum distúrbio ou ações que envolvem risco de vida para ele e também risco de vida para a população no geral.</i>
3	Abstinência de medicação	<i>No mais é crise nervosa ou abstinência de medicação que eles ficam agitados aí chama o SAMU.</i>
1	Agitação	<i>Aqui na realidade da gente, não atende assim muito específico saúde mental não, é mais crise nervosa, alguma agitação, perturbação de paciente.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

A expressão “crise” em psiquiatria é utilizada para identificar as urgências e emergências psiquiátricas, considerada como um momento de intenso sofrimento psíquico, onde ocorre um rompimento com a realidade social. O paciente com transtorno mental que desenvolve um momento de crise necessita de assistência imediata, tendo em vista que pode

colocar em risco tanto a sua vida quanto a da comunidade. O atendimento a crise psiquiátrica, mediante as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, pode ser desenvolvido pelos CAPS, ESF, SAMU e emergências de hospitais gerais (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

Ao questionar-se o conhecimento da equipe de enfermagem do SAMU, um grande quantitativo de profissionais atribuiu o termo “surto psicótico” como a situação de emergência em saúde mental:

“Bem no APH basicamente surto psicótico, as emergências que a gente tem aqui são surtos psicóticos. ” (E7)

“Emergência em saúde mental é uma intervenção que precisa ser feita naquele momento, com um paciente que precisa de atendimento devido estar em surto psicótico. ” (E12)

O termo surto psicótico é utilizado pelos profissionais para caracterizar o momento de crise que o paciente se encontra. Momento crítico, que gera ações confusas tanto para si quanto para aqueles que o circulam, principalmente para os familiares que apesar do convívio diário, muitas vezes não sabem lidar com as situações de crise, recorrendo sempre ao apoio das instituições da RAPS.

As emergências em saúde mental podem ser entendidas de diferentes maneiras, uma vez que a concepção de crise é polissêmica. Levando em consideração os diferentes contextos históricos, sociais e culturais vivenciados no decorrer da história da saúde mental. No entanto, não se pode deixar de considerar a crise como o rompimento psíquico que expõe o indivíduo ao vazio, a um mundo fora da realidade, com comportamentos fora do padrão (ALMEIDA et al., 2014).

Emergência é uma situação onde a saúde ou a vida do paciente apresenta ameaça imediata, neste sentido, destaca-se os relatos dos profissionais que trouxeram o risco de vida atrelado à sintomatologia apresentada pelo paciente:

“Quando o estado do paciente se agrava e geralmente a gente é chamando quando ele está agressivo, quando ele está querendo atentar contra a própria vida ou a vida de alguém. ” (E7)

“No termo prático Emergência, quer dizer um atendimento que corre risco iminente de vida, a pessoa, então no caso de saúde mental, uma pessoa que já tem um problema psicológico afetado e tem uma contrariedade e surta. ” (E2)

Referida a condição de risco para si e para a comunidade, as emergências psiquiátricas são situações que demandam atendimento imediato. O paciente psiquiátrico pode desenvolver os mais diferentes quadros, desde uma confusão, há tentativa de ferir contra a sua própria vida (BRITO et al., 2013).

Apesar de não ser referida pelos profissionais participantes da pesquisa, segundo o MS, cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio apresentavam alguma perturbação mental. Entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa (BRASIL, 2017).

A não associação dos profissionais entrevistados do suicídio como uma situação de emergência em saúde mental, nos faz refletir quanto a incompreensão dos profissionais em relação ao indivíduo que, pelo sofrimento, tenta pôr fim a própria vida. Muitas vezes o primeiro contato do paciente é com a equipe do SAMU, e os mesmos devem ter em vista que não funcionam apenas como uma equipe que transporta pacientes para os setores de referência, mas também profissionais que precisam entender e assistir o paciente na sua integralidade. Ao perceber o risco de o paciente atentar com a sua própria vida, deve encaminhá-lo para um serviço de referência em saúde mental e orientar os familiares quanto à importância desse direcionamento.

O risco de os pacientes com transtorno mental atentar contra a sua própria vida ou a de alguém, ressalta a importância da assistência prestada pelo SAMU, que tem como característica o direcionamento rápido ao encontro do paciente, o qual pode reduzir os riscos apresentados.

Um grande problema enfrentado na saúde mental é a resistência dos pacientes com relação à aceitação da medicação, levando a quadros de abstinência que desencadeiam a crise, situação também citada pelos profissionais do SAMU:

“Por que hoje em dia a maioria é devido à falta de medicações, a falta deles mesmos quererem receber tratamento, isso faz com que ocorra muitas emergências em saúde mental. ” (E1)

“Perturbação de paciente que deixou de tomar medicação aí entra em crise e chama o SAMU. ” (E6)

São inúmeros os fatores que podem levar o paciente psiquiátrico a abandonar o tratamento, ocasionando a abstinência. Alguns podem ser listados, como a participação da

família no processo terapêutico, falta de informação, não obtenção dos benefícios esperados, má interação entre terapeuta e paciente, entres outros. Independente do motivo, o abandono trás consequências severas, não só para a vida do paciente, mas para todas as partes envolvidas, como o sentimento de fracasso por parte da família, o que também irá acarretar em custo econômico adicional importante, tendo em vista que o paciente irá demandar atendimento de outras instituições (BENETTI; CUNHA, 2008).

A agitação do paciente pode estar relacionada a diversos fatores, que podem desencadear uma crise psiquiátrica, gerando agressividade e descontrole do indivíduo. Fato identificado nas falas a seguir:

“O que eu entendo por emergência em saúde mental é o seguinte, é quando o paciente está muito agitado, não é cooperativo. “ (E14)

“Geralmente a gente atende o paciente está estável na maioria das vezes, apenas está agitado. ” (E4)

A exposição do paciente a uma situação estressante pode desencadear diversos sintomas, e a agitação pode ser caracterizada como uma situação de excessiva atividade motora relacionada ao cenário de tensão ao qual está inserido. Quando o paciente se encontra em um quadro de agitação ele tem sua compreensão da realidade prejudicada, dificultando o reconhecimento da doença e da necessidade de ajuda de outras pessoas. Dependendo da intensidade da agitação, podem desenvolver risco para a integridade física, tanto para si próprio, quanto para os profissionais que o assistem ou outros pacientes (MANTOVANI, 2010)

Essa agitação pode levar os profissionais a apresentarem receio para desenvolver a abordagem ao paciente, uma vez que o medo mediante o risco de rompimento da sua integridade física faz com que aconteça um distanciamento dos profissionais com o paciente, tornando um ponto negativo para a assistência, que pode implicar em procedimentos inadequados ou inconvenientes no momento, agravando o quadro do paciente.

5.2.2 Desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência

Neste segundo Núcleo de Sentido são apresentadas as formas como a equipe de enfermagem atuante no SAMU do município de Sousa desenvolve a sua abordagem ao

paciente com transtorno mental em situação de emergências em saúde mental. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades: Apoio, Diálogo e Contenção, como evidenciados no quadro 3.

Quadro 3 – Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto ao desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018

Quantidade de sujeitos	Unidade de registro	Unidades de significação
10	Apoio	<i>No serviço do SAMU esse atendimento geralmente é junto com corpo de bombeiros e polícia militar, dependendo da equipe que vá essa abordagem é feito ou pelo bombeiro a princípio e depois pelo SAMU.</i>
05	Diálogo	<i>O tipo de abordagem é sempre olhar diretamente no olho do paciente, nunca tira o olhar, para ele não idealizar outras coisas no momento, sempre conversando com ele olho a olho. Dependendo da situação sempre tento o diálogo com o paciente.</i>
03	Contenção	<i>Dependendo da situação a gente intervém com medicação, e a gente só sai daqui com equipe composta por bombeiros e PM para fazer a contenção física se for necessário.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

Uma das atribuições do SAMU durante o atendimento, de acordo com a Portaria nº 2.048/GM é verificar a necessidade de acionar outras entidades para auxiliar no atendimento das emergências psiquiátricas, situações essas onde as vítimas se encontrem agressivas e possam representar risco para si e para os demais envolvidos na cena, inclusive afetando a segurança da equipe do SAMU (BRASIL, 2002).

A necessidade de apoio no desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência é bastante evidenciada na fala dos profissionais participantes da pesquisa:

“Inicialmente a gente solicita apoio de outros órgãos, dependendo do caso bombeiros e Polícia Militar, vão nos auxiliar nesse caso, a gente se utiliza do aporte desses profissionais caso o paciente esteja agressivo para eles nos ajudar na questão da mobilização. ” (E4)

“A gente trabalha em equipe, geralmente a central quando aciona o SAMU eles acionam também a equipe de bombeiros militar e a Polícia Militar dependendo da situação do paciente, se tiver muito agressivo aí vai as equipes. ” (E5)

Muitos profissionais referiram como indispensável a presença da Polícia Militar, em casos onde os pacientes se encontram agressivos, visando primeiramente a segurança da equipe, e em segundo lugar a ajuda para “força” em uma possível contenção. Ao chegar ao local do atendimento, a equipe tem como primeira função realizar a avaliação da cena, observando a segurança e condições clínicas da vítima, para posteriormente decidir como irá proceder a assistência. Verificada a necessidade de intervenção das demais entidades como a Polícia Militar ou o corpo de bombeiros, a abordagem deve ocorrer de forma conjunta, visando sempre atender as necessidades do paciente da melhor maneira possível.

A identificação de situações em que o risco se encontra presente para o desenvolvimento do atendimento, demanda de profissionais com um olhar holístico, livre de julgamentos preconceituosos e estigmatizados. Tendo em vista que a periculosidade do paciente com transtorno mental é um paradigma ainda presente no desenvolvimento da assistência em saúde mental.

Portanto o objetivo ao acionar outras entidades como Polícia Militar ou corpo de bombeiros não deve ocorrer como um meio de intimidação, e sim no sentido de desenvolver uma assistência de qualidade, que promova preservar a integridade tanto dos profissionais quanto do paciente, família e comunidade (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

O diálogo é elemento primordial para a comunicação, visando uma melhor interação entre profissional e paciente, a fim de adquirir a sua confiança. Os profissionais do SAMU então tentam através do diálogo manter uma relação amistosa que irá influenciar positivamente no desenvolvimento da assistência, como se observa nas falas a seguir:

“A gente chega, se identifica, de antemão a gente vai tentando se conciliar com ele, tentando o diálogo, nunca passa assim uma imagem de autoridade, a gente sempre vai na calma para poder ele não ficar mais agitado.” (E4)

“ Inicialmente tento manter a calma para manter o ambiente mais tranquilo e assim proporcionar ou facilitar um apoio uma tranquilidade para tentar amenizar a situação dele, então conversando com o paciente, tentando chegar próximo, mantendo sempre a calma, para o ambiente permanecer calmo e facilitar o trabalho da equipe. ” (E18)

De acordo com “Protocolos de Intervenção para o SAMU” no que tangem ao manejo da crise em saúde mental, o Ministério da Saúde preconiza:

Definir um mediador, considerando a receptividade do paciente. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda). Disponibilizar-se ao “bom encontro”, ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora. Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença). Acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a e procurando estabelecer uma relação de confiança. Iniciar a comunicação mantendo atenção à linguagem verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e de todos os sujeitos envolvidos. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência e fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflituosa, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom de voz normal, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis. Observar que a aproximação ou distanciamento corporal pode contribuir para alívio na cena e relações (BRASIL, 2016, p. 83).

O referido protocolo ressalta a importância da comunicação através do diálogo com o paciente, onde o profissional deve desenvolver habilidades para uma intervenção verbal de forma calma, respeitosa e direta, tratando o paciente na sua integralidade. Transmitindo o desejo de auxiliar, acolhendo e o ajudando a expressar as suas emoções, em busca de soluções que promovam um atendimento que sane as necessidades do paciente. Tal atitude visa manter o ambiente calmo e estabelecer uma confiança entre profissional e paciente, facilitando na

implantação das intervenções necessárias, como por exemplo, a administração das medicações.

Apesar de a comunicação ser pouco valorizada é considerada como tratamento mais efetivo para pacientes com transtorno mental. Os profissionais com perfil jovial e que possuíam algum curso na área de emergência em saúde mental, relataram apresentar uma maior habilidade em desenvolver uma abordagem mais humanizada, ao ouvir o paciente e conseguir se manter no controle da situação. Pois, quando a equipe que assiste o paciente desenvolve habilidades de comunicação eficaz é possível impedir o avanço da crise ou de situações que possam oferecer risco para ambos os envolvidos, além de evitar o uso indevido ou equivocado de certas intervenções como as contenções.

Apesar dos questionamentos acerca das contenções físicas ou mecânicas em saúde mental, devido ao seu uso indiscriminado com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou ainda por conveniência da equipe, ainda são práticas frequentes no desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental, como evidenciado nas falas a seguir:

“Diante de um paciente que está agressivo, a gente só chega até ele depois que ele é contido. ” (E1)

“Inicialmente a gente solicita apoio de outros órgãos, dependendo do caso bombeiros e PM, vão nos auxiliar nesse caso, a gente se utiliza do aporte desses profissionais caso o paciente esteja agressivo para eles nos ajudar na questão da contenção. ” (E5)

A contenção mecânica em pacientes portadores de transtorno mental, só deve ser indicada em casos onde o paciente se encontra totalmente agressivo, não cooperativo com a equipe, apresentando risco para si e/ou para os outros.

O procedimento da enfermagem no emprego de contenção mecânica do paciente é normatizado pela RESOLUÇÃO COFEN N° 427/2012, a qual dispõe que a contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais (COFEN, 2012).

O uso da contenção sem indicação correta pode acarretar danos ao paciente, tanto físicos como psíquicos, portanto ela só deve ser realizada como último recurso, quando as demais intervenções, prioritariamente a tentativa de diálogo, não sutem o efeito desejado. Quando aplicada, a contenção deve ser efetuada por profissionais treinados através de técnicas adequadas (MANTOVANI et al., 2010).

Aspecto esse que merece uma atenção, tendo em vista que segundo a fala dos participantes da pesquisa, a realização da contenção no âmbito do SAMU ocorre através dos profissionais da Polícia Militar ou Corpo de bombeiros, o que desperta o questionamento mediante preparo desses profissionais para a realização dessa intervenção.

Além dos cuidados para com a indicação correta da contenção mecânica e do preparo necessário para sua realização, a RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012 traz que o paciente em contenção mecânica deve ser monitorado pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente (COFEN, 2012).

Alguns eventos adversos decorrentes do uso das contenções podem agravar o quadro do paciente, como o desenvolvimento de lesões físicas, acidentes circulatórios, trombose, desidratação, além do sentimento de medo e ansiedade aumentando o quadro de agitação e maior agressividade do paciente (BRAGA et al., 2015).

Os cuidados com a contenção mecânica não devem então se restringir apenas na sua aplicação, mas compete a equipe de enfermagem, a avaliação contínua do paciente, e além da avaliação da consciência e dos sinais vitais, deve-se verificar as condições da pele e da circulação nos locais e membros contidos.

Diante das diferentes formas de abordagem identificadas através dos discursos dos entrevistados, a necessidade de apoio de outros órgãos como o corpo de bombeiros e a polícia militar, visando preservar a sua integridade, é justificada pelo sentimento de medo e ameaça a sua segurança quando referido o atendimento a pacientes com transtorno mental. A associação de sujeito perigoso e agressivo, muitas vezes conduz a assistência de forma agressiva, realizando métodos que não condizem com a necessidade do paciente, e muito menos com a necessidade de contenção.

5.2.3 Facilidades x Dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência

Neste terceiro Núcleo de Sentido são apresentadas as facilidades e dificuldades que a equipe de enfermagem atuante no SAMU do município de Sousa aponta no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência em saúde mental. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades: Sem facilidades, Família, Ajuda de outros órgãos e Regulação, como apresenta o quadro 4.

Quadro 4 – Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto às facilidades encontradas no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018

Quantidade de sujeitos	Unidade de registro	Unidades de significação
12	Sem facilidades	<i>Facilidade eu não vejo nenhuma, é muito complicado você lhe dar com paciente em surto psicótico.</i>
02	Família	<i>As facilidades muito raramente, são casos específicos, depende até do transtorno que se passa, que a gente ver na hora, se for casos mais leves, aí dar para gente contornar junto com a família.</i>
03	Ajuda de outros órgãos	<i>A facilidade é a ajuda de outros órgãos como a PM e o corpo de bombeiros.</i>
01	Regulação	<i>As facilidades é que a gente já sai da base do SAMU já temos uma ideia de que tipo de atendimento será feito, a regulação já nos passa o caso.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

Quando questionados sobre as facilidades encontradas para o desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência em saúde mental, o maior quantitativo de profissionais participantes da pesquisa, relataram não encontrar meios que facilitassem a assistência, como percebido nas falas a seguir:

“Facilidade realmente na realidade a gente não encontra não, a gente tem mais dificuldade.” (E1)

“Facilidades é uma coisa que nessa área aí a gente quase não tem, por que é muito complexo.” (E6)

A maioria dos profissionais entrevistados entende esse tipo de atendimento, como algo muito complexo, que não dispõe de facilidades para a realização da assistência.

Após a desospitalização e a inserção do indivíduo com transtorno mental a comunidade, a família passou a desenvolver papel fundamental no processo terapêutico do paciente. A convivência diária desenvolve na família habilidades para melhor entrosamento, que contribui com os profissionais que irão atendê-lo, agilizando a abordagem e uma melhor resolução do quadro instalado.

“As facilidades que a gente encontra, sempre tem a presença de bombeiros de polícia militar, os familiares também sempre ficam juntos deles cooperando.” (E17)

A família então se torna a base não só para o sucesso do tratamento, mas a sua aproximação com os pacientes lhe dá maiores chances de monitorar as situações de crise, conhecer o seu perfil e as melhores formas de abordagem para uma terapêutica eficaz (CARDOSO; GALERA, 2011). Além da ajuda da família, o apoio da polícia militar e o corpo de bombeiros, facilita a abordagem ao indivíduo em agitação que necessita de intervenção.

Quando utilizado como recurso de real necessidade o apoio de outros órgãos além de indispensável é primordial para o atendimento, tendo em vista o caráter urgente da situação, e da agilidade necessária. Para tal toda a equipe necessita ter conhecimento e entrosamento, visando manter a integridade de todos os envolvidos, e não desencadear sentimento de medo ou intimidação (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Desta forma, ao ser solicitado o atendimento do SAMU, é necessário repassar as informações sobre o quadro em que o paciente se encontra, para fornecer ao médico regulador uma ideia mais fidedigna das necessidades apresentadas para assim, ele ter mais subsídios para a conduta que deverá ser tomada. Logo, já sendo repassado o quadro de agressividade, a equipe poderá de imediato acionar algum órgão de apoio.

Ao observar o quadro 5 é possível perceber que as unidades de registro foram: Referência, Capacitação, Interação das equipes e Família e comunidade.

Quadro 5 – Unidades de registro e significação dos depoimentos dos profissionais quanto as dificuldades encontradas no atendimento ao paciente com transtorno mental em situação de emergência. Sousa, PB, 2018

Quantidade de sujeitos	Unidade de registro	Unidades de significação
08	Referência	<i>Outra coisa que dificulta também é a referência que a gente tem, por que por exemplo aqui em Sousa nós temos os CAPS, geralmente os surtos psicóticos a gente leva todos por regional, por que na hora que a gente vai para essa ocorrência nunca tem médico no CAPS.</i>
06	Capacitação	<i>E a maior dificuldade é a falta de cursos e capacitação para o atendimento ao paciente com transtorno mental.</i>
04	Interação das equipes	<i>Mas a dificuldade mais é essa, a interação das equipes. Por que a gente teve uma reunião que foi estabelecido as três entidades para fazer o atendimento ao pessoal em emergência nessa categoria, mas tem muita dificuldade, às vezes a gente aciona a PM e eles não podem ir no local.</i>
05	Família e comunidade	<i>A questão da população, dos familiares, dos solicitantes, que dificultam, não entendem a situação, a gente chega tentando acalmar e eles vão criando situações que deixa o paciente agitado.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

Relacionada às dificuldades um dos maiores entraves vivenciados pelo serviço do SAMU é a grande falha no referenciamento do paciente com transtorno mental em situação de emergência:

“E a dificuldade de ter uma referência exata, por que a referência é CAPS, mas não tem psiquiatra todos os dias, a equipe que está lá elas não têm obrigação de receber um paciente surtado, vai fazer o que se o médico não está ali. E muitas vezes quando a gente contém, que medica pela

regulação médica que vai para o hospital, aí o hospital não quer aceitar, eles sabendo que por obrigação tem que ter um leito de saúde para um paciente psiquiátrico. “ (E01)

“A principal dificuldade aqui é a rede de apoio que a gente tem, que é muito deficiente, por que o CAPS que tem na cidade apesar de ser CAPS 03 que deveria funcionar 24hrs e atender esses pacientes, ser a porta de entrada, na verdade não funciona assim, por que lá eles só recebem se tiver o médico no ambulatório no momento, se passar da hora que ele está atendendo, mesmo que seja um paciente de lá, um paciente de dia, eles não recebem. Então é encaminhado para o hospital regional onde perde toda a continuidade da assistência que aquele paciente estava tendo, por que se ele é diagnosticado lá, tem um prontuário lá, e se existe um médico psiquiatra responsável, o correto seria ter um médico mesmo que não seja psiquiatra, para atender essas emergências seguindo o protocolo que eles já têm lá, e não levar para o hospital onde vai ser feita apenas uma sedação. “ (E11)

Após o atendimento inicial realizado pelo SAMU o paciente precisa ser encaminhado para algum setor de referência de acordo com seu quadro e sua patologia, tendo em vista que a abordagem do SAMU é realizada a partir de intervenções pontuais que visam estabilizar a situação do paciente até o seu deslocamento.

No município em que a pesquisa foi realizada a problemática evidenciada diante das falas dos entrevistados se encontra na falta de médicos psiquiatras tanto no CAPS como na rede hospitalar. O CAPS III existente no município é de funcionamento de 24 horas por dia e é a referência no encaminhamento de pacientes com transtorno mental em situação de crise, no entanto não há médico durante 24 horas para assistir os pacientes. Quando o paciente se encontra em situação de crise e recorre ao SAMU o mesmo só pode direcionar o indivíduo ao CAPS se houver médico, caso contrário à equipe que se encontra não tem suporte para atendê-lo e admiti-lo no serviço.

Com a falta de psiquiatra para atender a demanda do CAPS, o paciente é então direcionado pelo SAMU ao hospital geral do município, o que desencadeia outro problema por não ter médico com especialidade na área de saúde mental no seu quadro de funcionários, e também não apresentar leitos psiquiátricos. Muitos profissionais então apresentam resistência para atender o paciente, e por não ser especialista da área acabam realizando sedação do paciente, estabilizando o quadro até que ele possa se direcionar para o setor de referência – CAPS.

Atualmente a RAPS no Brasil possui diversos serviços extra-hospitalares de base comunitária, como os CAPS. Pretendendo superar o modelo manicomial, esses novos serviços visam oferecer uma atenção integral com ações terapêuticas efetivas, configurando-se uma referência a qual tanto o paciente quanto a família possam recorrer, proporcionando assistência prolongada ou pontual mediante as necessidades da população. Os hospitais gerais então participam da rede através da introdução e capacitação para leitos psiquiátricos além de ofertarem serviços de emergência psiquiátrica, se tornando indispensáveis na articulação entre os diferentes setores, dando o suporte necessário ao paciente com transtorno mental em situação de crise (PAES et al., 2013).

Por demandar um cuidado que vai além da agilidade de desenvolver técnicas com rapidez e eficiência, a capacitação específica para o atendimento a tal paciente é indispensável. Muitos profissionais expuseram o sentimento de despreparo para esse tipo de abordagem:

“Há muita dificuldade por que a gente não tem treinamento, não tem recursos para conseguir abordar esse paciente de forma correta, sem colocar nossa vida em risco, nem colocar a vida dele em risco.” (E10)

“Dificuldade é o treinamento que a gente não tem, que se a gente tivesse um treinamento para saúde mental saberíamos abordar direito o paciente.” (E15)

A falta de preparo e o conhecimento deficiente para a realização da abordagem ao paciente em situação de crise, se dar pelo fato das ações ainda tomarem por base o conhecimento empírico sustentado no modelo biomédico. O atendimento no APH geralmente deve ocorrer de forma rápida, uma vez que pode haver risco de morte, então a ação imediatista que tanto se preconiza se contrapõe as necessidades que o campo da saúde mental demanda, onde o sofrimento é individualizado, o indivíduo deve ser visto na sua integralidade e subjetividade, necessitando de intervenções complexas e singulares (ALMEIDA et al., 2014).

Pelo SAMU ter sido integrado a RAPS a pouco tempo, o mesmo não dispõe de ensinamentos direcionados para o atendimento em saúde mental. Por ser um atendimento complexo que necessita de habilidades extras dos profissionais, a educação continuada não pode ser negligenciada, pois o uso de técnicas desnecessárias ou indevidas acarreta prejuízos sérios para o paciente.

O atendimento ao indivíduo com transtorno mental nem sempre é realizado apenas pela equipe do SAMU, pois após visualizado riscos no cenário da abordagem, o apoio de outros órgãos é acionado, serviços esses que muitas vezes ao se fazerem presentes não dão a contribuição esperada:

“A falta de entrosamento das instituições envolvidas no atendimento como o corpo de bombeiros e a PM, seja na parte da segurança da equipe como também a do paciente ou na parte do regaste. ” (E08)

“Polícia militar também tem equipes que ajuda mas tem equipes que faz é atrapalhar, muitos casos a gente não pode se pôr ao risco sozinho e tem equipes da PM que a gente pede ajuda que faz é dificultar. ” (E09)

A falta de preparo de alguns profissionais de outros órgãos pode desencadear uma assistência de caráter repressor e violento, nesse sentindo a equipe do SAMU não pode transferir a sua responsabilidade para a polícia militar ou corpo de bombeiros. A assistência deve ser desenvolvida de forma conjunta, de maneira que não acarrete danos para nenhuma das equipes e almeje uma terapêutica eficiente para o paciente (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

O trabalho em equipe é fundamental para que o manejo com o paciente aconteça de forma satisfatória, com o objetivo de executar as ações que reduzam a situação de crise desenvolvendo a assistência de modo a estabilizar o quadro clínico do paciente. Uma capacitação conjunta que possibilitasse um contato prévio das diferentes entidades mudaria a forma como a abordagem é realizada, tornando-se individualizada e multiprofissional.

Alguns familiares encontram dificuldades no convívio com o paciente com transtorno mental, o que muitas vezes a partir de conflitos, são desencadeados fatores estressantes para a ocorrência das crises:

“A família dificulta muito também, a família não sabe lhe dar, apesar de ter dentro de casa já algum tempo, mas eles nunca sabem lhe dar com isso, acaba atrapalhando o atendimento. ” (E7)

“Nós temos muitas dificuldades primeiramente com os familiares, eles agem de forma agressiva para como o próprio paciente familiar, então nós chegamos no local já tem ocorrido uma agressão física com o paciente em transtorno mental. “ (E13)

Para algumas famílias o cuidado a pessoa com transtorno mental torna-se um grande desafio, pois a convivência, os diferentes sentimentos, o medo e em alguns momentos o próprio preconceito, ocasionam limitações. Nesse sentido, a convivência nem sempre se mantém harmoniosa, diversos fatores estressores rodeiam os integrantes da família, emoções são expressas diariamente, diante desse cenário é preciso desenvolver habilidades para manter a dinâmica interna (BORBA et al., 2011).

É diante dessa dificuldade de manter a harmonia e de desenvolver habilidades para lidar com um familiar portador de transtorno mental, que muitas famílias apresentam adversidades no processo de cuidado do paciente. De forma que mediante a sobrecarga, tendo em vista a demanda de alguns pacientes, muitos familiares recorrem aos setores de emergência como uma forma de pedir socorro, por não saber como lidar com as situações de crise apresentadas.

A agitação apresentada pelo paciente desencadeia no familiar uma agressividade no sentido de tentar conter e amenizar a situação de crise, no entanto acaba por complicar o quadro, dificultando a abordagem dos profissionais socorristas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a percepção da equipe de enfermagem do SAMU no atendimento ao paciente com transtorno mental, mediante o entendimento sobre as emergências em saúde mental, ficou evidente a falta de conhecimento dos profissionais na conceituação e em como se caracterizam as emergências em saúde mental. Uma problemática constatada mediante o entendimento atrelado ao sentido de periculosidade e agressividade do paciente com transtorno mental.

Fator que reflete na abordagem muitas vezes realizada de forma indevida, centrada no modelo biomédico e imediatista, contrário as necessidades que o campo da saúde mental apresenta. O desenvolvimento de habilidades para uma abordagem amistosa, com base no diálogo e criação de vínculo com o paciente é evidenciada no discurso de poucos profissionais, com destaque para aqueles de perfil jovial, que desenvolvem uma maior preocupação em assistir o paciente presando pela sua subjetividade.

A falta de facilidades para o desenvolvimento da abordagem ao paciente com transtorno mental em situação de emergência é justificada pelos profissionais mediante a complexidade demandada por esse tipo de assistência. O que nos faz refletir sobre a falta de interesse dos gestores em desenvolver ações de educação em saúde voltadas não só para os profissionais como também para a comunidade, uma vez que o paciente está inserido no meio, e necessita de um olhar de todos os envolvidos no seu processo de cuidado.

Mediante as dificuldades decorrentes da abordagem, a ausência de uma referência interfere negativamente na continuidade do cuidado para com o paciente. Tanto a falta de apoio do CAPS quanto do Hospital geral do município, desencadeiam uma abordagem contrária a real necessidade do paciente, tendo em vista que não são atendidos por profissionais especializados da área de saúde mental e que não detêm de conhecimento necessário para uma assistência de qualidade.

A necessidade de capacitação e educação continuada para os profissionais do SAMU se torna uma situação preocupante, evidenciado o despreparo relatado pelos mesmos. O fato dos cursos de APH ainda não prepararem os profissionais para o atendimento em saúde mental, reflete numa assistência que não atende as demandas do paciente em situação de crise.

Há pouca preocupação dos gestores em ofertar para os profissionais educação permanente, e o estigma, o medo e preconceito ainda atrelado ao paciente com transtorno mental, não desperta nos profissionais o interesse em se aprofundar e buscar conhecimentos para aprimoramento de sua abordagem e assistência.

Este estudo apresenta por limitação os poucos estudos realizados e voltados à temática da emergência em saúde mental no APH, em que apesar da intensa necessidade de pôr em prática os princípios da Reforma Psiquiátrica, poucas ações estão sendo efetuadas para se almejar o que tanto se preconiza no atendimento ao paciente com transtorno mental. Ao passo que contribui com explicações que possibilitam a quebra do preconceito e estigma acerca da temática, na tentativa de suprimir as barreiras do desenvolvimento de melhores condições de vida e assistência a essa parcela da população, ainda tão censuradas.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. S.; SANTOS, M. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 4, p. 601-608, out./dez, 2012. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567> >. Acesso em: 22 out. 2018.

ALMEIDA, A. B. et al. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Texto Contexto Enferm.** v. 24, n. 4, p. 1035-1043, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01035.pdf >. Acesso em 19 out. 2018.

ALMEIDA, A. B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev bras enferm.** v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2018.

ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **Revista Igt na rede.** v. 12, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2018.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental.** v. 1, n. 1, jan. /abr. 2009. Disponível: < <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107> >. Acesso em: 01 nov. 2018.

ANDRADE, L. M.; CAETANO, J. A.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev RENE Fortaleza.** v. 1, n. 1, p. 91-97, jan-jul. 2000. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5928> > Acesso em: 29 de nov, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Reto LA, Pinheiro A, Tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP.** v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008 >. Acesso em: 03 nov. 2018.

BENETTI, S. P. C.; CUNHA, T. R. S. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arq Bra de Psicologia.** v. 60, n. 2, p. 48-59. 2008. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200007 > Acesso em: 20 de ago. 2018.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo, Maringá.** v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; BRITO, A. A. C. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. **Rev Rene**. v. 13, n. 2, p. 309-320, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3918>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 2, p.442-9. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200020&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15 de nov. 2018.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRAGA, I. P. et al. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. **J Bras Psiquiatr**. v. 65, n. 1, p. 53-9. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n1/0047-2085-jbpsiq-65-1-0053.pdf>> Acesso em: 15 de set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed.ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 340. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em 30 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2011**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 abr, 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 20 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 17 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Comissão Intergestores Tripartite. 5 de nov. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 16 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 189, de 19 de novembro de 1991**. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. 19 de nov. de 1991. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P189_91psiq.doc>. Acesso em: 07 de nov 2018.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <<file:///C:/Users/DAVI%20MIGUEL/Desktop/Julia%20TCC/pf%20224%20-%201992%20-servios%20%20leito%20unidade%20%20psiquitrica.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 200**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>> ≥ Acesso em: 15 de fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 15 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 20 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 14 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>
Acesso em: 20 de nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 03 de nov. 2018.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Rev de Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1293-1312. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000401293&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 de nov. 2018.

BRITO, M. A. et al. Percepção da equipe multiprofissional do SAMU frente às emergências psiquiátricas. **Rev Piauiense de Saúde**. v. 2, n. 1, p. 1-11. 2013. Disponível em: <<http://www.revistarps.com.br/index.php/rps/article/view/11/22>>. Acesso em: 29 de nov. 2018.

CAMPOS, R. M.; FARIAS, G. M.; RAMOS, C. S. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 3, p. 647-657, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a24.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 3, p. 687-91. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 17 de nov. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 427/2012**. Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília/ DF, 7 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em: 22 de nov. de 2018.

GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev Latino-am Enfer**. v. 16, n.2, março-abril. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 de nov. 2018.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803561&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 set. 2018.

KING, I.N. The qualitative research interview. In: SYMON, G.; CASSEL, C. (Eds.) **Qualitative methods in organization research – a practice guide**. London: Sage, 1995. p. 15-36.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**. v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <
<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>>. Acesso em: 05 de nov. 2018.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**. v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021>>. Acesso em: 10 de nov. 2018

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev Bra de Psi**. v. 32, n. 2, p. 596-5103. 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 de nov. 2018.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>>. Acesso em: 29 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 de out. 2018.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc Cuid Saude**. v. 12, n. 2, p.407-412, abr-jun. 2013. Disponível em: <
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207/pdf>>. Acesso em: 24 de nov. 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 30 de out. 2018.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100253&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 de out. 2018.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc. São Paulo**. v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 de nov. 2018.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 105-112, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf>. Acesso em: 28 de out. 2018.

SANTANA, J. C. B. et al. Perfil dos técnicos em enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Enfermagem Revista**. v. 18, n. 01, p. 16-27, jan-abr. 2015. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9366>>. Acesso em: 22 de nov. 2018.

SANTOS, M. S.; COIMBRA, V. C. C.; RIBEIRO, J. P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev Enferm Ufpe on line**. v. 5, n. 9, p. 2197-2205, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7001/6250>>. Acesso em: 15 out. 2018.

VELOSO, C. et al. atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Texto Contexto Enferm**. v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200322&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2018.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS**, que tem como objetivo. Analisar a percepção da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais. Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um roteiro com questões objetivas e subjetivas, sendo estas últimas áudios gravados.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá gerar insatisfação do participante em decorrência de abordar conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da coleta, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação ou não no estudo. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: a análise da percepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e a abordagem dada na assistência à pacientes com transtornos mentais em situação de emergência em saúde mental, contribuindo desta forma no incentivo a implantação de propostas de melhoria no local do estudo.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os

dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis por meio dos seguintes telefones: acadêmica de enfermagem **Julia Karoline Duarte de Amorim** (83) 9 8146-8113; e Orientadora da pesquisa **Profª Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes** (83) 9 9189-7466.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3532-2074 situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, Cajazeiras-PB CEP: 58900-000. Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

I- Caracterização dos Profissionais de Enfermagem:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Qual a sua função?

() Enfermeiro

() Técnico de Enfermagem

4- Tempo de Atuação na Enfermagem: _____

5- Tempo de trabalho no SAMU: _____

6- Você já realizou algum curso na área de emergência em saúde mental?

() Sim () Não Quando? _____

II- Percepção da Equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais

1- O que você entende por emergências em saúde mental?

2- Como você desenvolve a abordagem ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência?

3- Quais as facilidades e dificuldades que você aponta no atendimento ao paciente com transtornos mentais em situação de emergência?

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, **Kennia Sibelly Marques de Abrantes**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Julia Karoline Duarte de Amorim**, discente do curso de graduação em enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“Percepção da Equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais”** assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no Trabalho de Conclusão de Curso – TCC pela discente. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 28 de setembro de 2018.

Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

SIAPE 2563316



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, **Julia Karoline Duarte de Amorim**, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, **Kennia Sibelly Marques de Abrantes**, a desenvolver o projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem intitulado **“Percepção da Equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais”**, e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466/12** do **Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

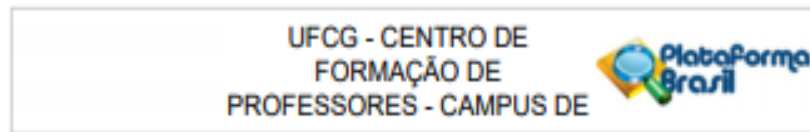
Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 28 de setembro de 2018.

Julia Karoline Duarte de Amorim

MATRÍCULA: 213220024

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS

Pesquisador: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00175918.2.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.963.035

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Município de Sousa, Paraíba. A amostragem será composta por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam no referido serviço por pelo menos um ano. Para a realização do estudo será utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado. Os resultados serão submetidos à Análise de Conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar ao indivíduo com Transtornos Mentais.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil dos profissionais da equipe de Enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em estudo;
- Investigar a percepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental;
- Discutir a abordagem realizada à pacientes com transtornos mentais em situação de emergência em saúde mental socorridos por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.963.035

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo possui riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é importante por contribuir para discussão no atendimento da pessoa com transtornos mentais, possibilitando desenvolvimento de estratégias para o referido público e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada, sendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS MENTAIS, número 00175918.2.0000.5575 e sob responsabilidade de Kennia Sibelly Marques de Abrantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1230208.pdf	01/10/2018 22:22:51		Aceito
Folha de Rosto	Folhadestostocomassinaturasparaplataforma.pdf	01/10/2018 22:21:24	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Cronograma	cronogramadeexecucaodeatividades.docx	01/10/2018 22:20:52	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisaparaplataforma.docx	01/10/2018 22:20:21	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Outros	Termodeanuenciacoordenacaogeralsamu.pdf	28/09/2018 23:36:17	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Outros	TermodeanuenciaSamucoordenacaodeenfermagem.pdf	28/09/2018 23:35:51	Kennia Sibelly Marques de	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.963.035

Outros	TermodeanuenciaSamucoordenacaodee rfermagem.pdf	28/09/2018 23:35:51	Abrantes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARAPLATAFORMA.docx	28/09/2018 23:34:31	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Outros	Termodecompromissododivulgacaodosr esultados.pdf	28/09/2018 23:32:24	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissodopesquisadorpar ticipante.pdf	28/09/2018 23:30:19	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissodopesquisadorres ponsavel.pdf	28/09/2018 23:30:02	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 15 de Outubro de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cnp@cfp.ufcg.edu.br